

rev 0.0 2023

U.O. _____ Data richiesta _____
 Iniziali Paziente _____ Data di Nascita _____ Peso corporeo _____ kg

Per la posologia si prega di far riferimento alle indicazioni contenute sul Manuale del Buon Uso del Sangue

DEFICIT CONGENITO	
<input type="checkbox"/> Documentato deficit dei fattori II e X	<input type="checkbox"/> Profilassi rischio emorragico
<input type="checkbox"/> Trattamento emorragie	<input type="checkbox"/> Documentato deficit dei fattori VII e IX, solo in assenza di altri concentrati specifici
DEFICIT ACQUISITO	
<input type="checkbox"/> Deficit singolo o multifattoriale del complesso protrombinico in presenza di emorragie	<input type="checkbox"/> Patologia epatica severa con grave emorragia in caso di limitazioni all'uso di PFC o per necessità di emostasi immediata
<input type="checkbox"/> Preparazione intervento chirurgico programmato a rischio emorragico, in caso di limitazioni all'uso di PFC o per necessità di emostasi immediata	<input type="checkbox"/> Correzione dell'eccesso di effetto anticoagulante da dicumarolici o per interrompere l'effetto dei TAO in caso di emergenza (es. emorragia acuta maggiore, intervento chirurgico indifferibile)
<input type="checkbox"/> Emofilia acquisita	
ALTRE CONDIZIONI CLINICHE	
Le richieste di complesso protrombinico per indicazioni non presenti in questo modulo vanno effettuate utilizzando modulo richiesta motivata per paziente allegando relazione clinica e/o letteratura scientifica che supporta l'utilizzo (GURS 24/12/2009). Tali richieste saranno esaminate dal Comitato Buon Uso del Sangue	

È stato ottenuto il consenso informato in forma scritta? (Art. 11 DM 03/03/2005) SI NO

Data esami _____ Valore PT in sec. _____ Numero flaconi richiesti _____
 Valore PT desiderato in sec. _____ Dose/die _____
 Data precedente somministrazione _____ Numero flaconi somministrati _____ Valore PT _____

Firma e timbro Medico richiedente _____

Data erogazione _____ (massimo per 2 giorni) Numero flaconi erogati _____ Firma Farmacista _____